

介護保険被保険者証等喪失届兼再交付申請書

福山市長様

確認	受付
<input type="checkbox"/> 免許証	介護保険課・支所
<input type="checkbox"/> 保険証	受付者名
<input type="checkbox"/> その他()	

次の証を喪失したので、次のとおり届け出ます。

- 介護保険被保険者証（再交付：必要・不要）
介護保険資格者証（再交付：必要・不要）

		届出年月日	年 月 日
届出者	名前	証喪失者との関係	
	住所	〒 電話番号	

※届出者が本人の場合、届出者の住所欄は記入不要です。

		郵送交付 ・ 即時交付		
1	被保険者番号	個人番号		
	フリガナ	生年月日	年 月 日	
	名前	性別	男 ・ 女	
	住所	〒 電話番号		
	喪失した場所	不明	喪失年月日	年 月 日
	喪失した理由	<input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 置き忘れ <input type="checkbox"/> 落とした <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 焼却 <input type="checkbox"/> その他()		
市役所記入欄	保 ・ 資	年 月 日交付分	無効告示 要 ・ 否	

		郵送交付 ・ 即時交付		
2	被保険者番号	個人番号		
	フリガナ	生年月日	年 月 日	
	名前	性別	男 ・ 女	
	住所	〒 電話番号		
	喪失した場所	不明	喪失年月日	年 月 日
	喪失した理由	<input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 置き忘れ <input type="checkbox"/> 落とした <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 焼却 <input type="checkbox"/> その他()		
市役所記入欄	保 ・ 資	年 月 日交付分	無効告示 要 ・ 否	

※2の被保険者が1の被保険者と同一世帯のとき、2の被保険者の住所欄は記入不要です。

資格担当確認	済
--------	---